N° 11

DE LA

# CYSTOCÈLE INGUINALE

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 14 Décembre 1898**

PAR

J. RIVOIRE

Né à Marseille, le 4 décembre 1875

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ
—
1898

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON ..... DOYEN
HAMELIN (✲)..... ASSESSEUR

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Hygiène..... | MM. BERTIN-SANS. |
| Clinique médicale..... | GRASSET (✲). |
| Clinique chirurgicale..... | TEDENAT. |
| Clinique obstétric. et gynécol..... | GRYNFELTT. |
| Thérapeutique et matière médicale..... | HAMELIN (✲). |
| Clinique médicale..... | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv... | MAIRET (✲). |
| Physique médicale..... | IMBERT. |
| Botanique et hist. nat. méd..... | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale..... | FORGUE. |
| Clinique ophtalmologique ..... | TRUC. |
| Chimie médicale et Pharmacie..... | VILLE. |
| Physiologie ..... | HEDON. |
| Histologie ..... | VIALLETON. |
| Pathologie interne..... | DUCAMP. |
| Anatomie..... | GILIS. |
| Opérations et appareils..... | ESTOR. |
| Microbiologie..... | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie..... | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants..... | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique..... | N... |
| Id. | Bosc (Ch. du c.) |

*Doyen honoraire :* M. MAIRET (✲).
*Professeurs honoraires :* MM. JAUMES, DUBRUEIL (✲), PAULET (O. ✲).

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Accouchements..... | MM. VALLOIS, agrégé |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées. | BROUSSE, agrégé |
| Clinique ann. des mal. des vieillards..... | VIRES, agrégé. |
| Pathologie externe..... | DE ROUVILLE, agrégé |
| Pathologie générale..... | RAYMOND, agrégé |

## Agrégés en exercice

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. | BROUSSE | MM. DE ROUVILLE | GALAVIELLE |
| | RAUZIER | PUECH | RAYMOND |
| | LAPEYRE | VALLOIS | VIRES |
| | MOITESSIER | MOURET | IMBERT |
| | BOSC | DELEZENNE | BERTIN-SANS |

MM. H. GOT, *Secrétaire* ; F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire*

## Examinateurs de la Thèse

| | |
|---|---|
| MM. TÉDENAT, *président.* | MM. DE ROUVILLE, *agrégé.* |
| GRYNFELTT, *professeur.* | IMBERT, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

*Hommage de ma tendresse et de ma reconnaissance*

J. RIVOIRE.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur TÉDENAT

*Professeur de Clinique chirurgicale*
*à l'Université de Montpellier*

MEIS ET AMICIS

J. RIVOIRE.

Durant nos années d'externat et d'internat dans les hôpitaux de Marseille, il nous a été donné de rencontrer trois cas de hernies vésicales constatées au cours de cures radicales. La fréquence relative de cette variété de hernies et surtout la difficulté de son diagnostic préopératoire nous avaient frappé. Aussi avons-nous résolu d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Mais avant d'entreprendre ce travail, nous nous faisons un devoir d'adresser à tous ceux, maîtres ou camarades, qui nous donnèrent durant nos années d'études des marques diverses de leur sympathie, un souvenir reconnaissant.

Nos remerciements iront tout d'abord à M. le Docteur Alezais, médecin des hôpitaux, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine qui, avec un dévouement et un intérêt que nous ne saurions trop reconnaître, nous a guidé dans nos études.

A son nom nous voulons joindre ceux de MM. les docteurs Bonnifay et Pujol, nos premiers maîtres en médecine et en chirurgie, qui ont consacré à notre éducation médicale de nombreux instants.

Nous avons reçu, durant notre passage dans les hôpitaux, tant de preuves de bienveillance de la part de nos maîtres, qu'il nous serait vraiment difficile de citer ici tous ceux qui ont acquis des droits particuliers à notre reconnaissance. Qu'il nous soit permis pourtant d'adresser à MM. les professeurs Villeneuve et d'Astros, à MM. les docteurs Marcorelles, Arnaud, Lauzet, Michel, Brun, Pagliano, Benet, dans le service desquels nous avons successivement passé comme

externe et interne, toute notre gratitude et tous nos remerciements.

Nous n'oublierons pas avec quel empressement M. le professeur Villeneuve, M. le professeur agrégé Imbert, M. le docteur Lartail nous ont aidé de leurs conseils et de leurs documents pour la rédaction de ce travail.

Que M. le professeur Tédenat, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, reçoive l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous adressons enfin à nos maîtres et à nos camarades de l'Institution Robin, qui sont restés nos amis les plus chers, à notre cousin Emmanuel Malbois, interne des hôpitaux de Montpellier, à MM. E. Riss et Pellissier, externes des hôpitaux de Marseille, l'assurance de notre affection toujours fidèle.

DE LA

# CYSTOCÈLE INGUINALE

## HISTORIQUE

En 1520, Sala au cours d'une autopsie rencontra pour la première fois la vessie herniée dans les bourses. Le même fait arriva à Platter de Bâle, en 1650, mais cette fois-ci la cystocèle fut découverte durant une opération de hernie. En 1683 Bligny dans son traité des hernies, cite en passant les hernies vésicales. Méry reprend la question, en 1713, à l'Académie des sciences et assigne à la cystocèle une origine congénitale. Mais jusqu'en 1753 on ne trouve pas dans les auteurs, d'étude, même sommaire, de cette affection. A cette époque Verdier dans un mémoire, basé sur 20 observations, donne une description assez complète de la cystocèle. Il insiste en particulier sur la pathogénie, donne une part importante à la paralysie vésicale et à la distension consécutive de la vessie comme causes prédisposantes et mentionne deux variétés de hernie vésicale : la cystocèle primi-

tive et la cystocèle par glissement. S'inspirant de ce travail, Boyer, Nélaton, Kronlein y ajoutent quelques observations sans faire de recherches complémentaires.

En 1880, Leroux reprend la question surtout au point de vue pathogénique. Il décrit une nouvelle variété de cystocèle par bascule, dans laquelle le sommet de la vessie, entraîné par des adhérences épiploïques, s'engagerait dans un anneau dilaté, refoulant au devant de lui le péritoine. Viennent ensuite les thèses de De la Barrière (1881) et de Duret (1883). Dans cette dernière Duret étudie trois variétés de hernies vésicales et insiste sur le mécanisme de la cystocèle par intussusception.

Dans un important mémoire, paru en 1889, Monod et Delagenière s'appuyant sur trois observations, décrivent un nouvel agent pathogénique, le lipome prévésical, auquel ils accordent une grande valeur au point de vue du mécanisme des cystocèles.

Ces auteurs préconisent également la cure radicale de la hernie vésicale par résection d'une portion plus ou moins étendue du diverticule herniaire.

Depuis lors les travaux se multiplient. Guelliot (1889) insiste sur la nécessité de la résection totale de la cystocèle. Hedrich (1890), Thiriar (1890) ajoutent de nouvelles observations.

Bourbon (1892), élève de Lucas-Championnière, expose dans sa thèse inaugurale les idées de son maître sur la congénialité de la hernie vésicale. Dans la thèse de Piquet (1893) se trouve exposé le procédé opératoire de Sébileau.

En 1893, Lejars dans la *Revue de Chirurgie* publie un article intéressant sur la coexistence des hernies de la trompe et de la vessie et donne une étude clinique assez complète, basée sur 20 observations.

La thèse de Rabineau (1896) apporte un nouveau fait à l'appui de la théorie de Monod et Delagenière sur le lipome prévésical.

Privat, dans sa thèse de 1896, indique un nouveau procédé opératoire, dû à la pratique du docteur Schwartz, consistant dans la cure radicale avec résection large de la vessie et emploi du procédé myoplastique.

Enfin Imbert, dans les *Annales des maladies des organes génitaux-urinaires* de mai et juin 1896, publie l'étude la plus complète et la plus claire que nous possédions sur la cystocèle inguinale. Dans cette monographie, l'auteur expose et discute les différentes théories pathogéniques et les divers procédés opératoires et fait un exposé symptomatique complet d'après 63 observations.

Depuis, les travaux sur la cystocèle ont été peu nombreux en France.

Nous devons citer la *Revue générale* de De Bovis (1897) dans la *Gazette des Hôpitaux* avec quelques considérations pathogéniques nouvelles et l'article de Jaboulay (1898) dans le *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu et Delbet. Ce dernier auteur résume excellemment les nombreuses théories pathogéniques, insistant surtout sur les causes générales de la hernie vésicale et sur l'existence d'une zone décollable de la vessie et du péritoine qui expliquerait différents points du mécanisme des cystocèles.

A l'étranger, la hernie vésicale a suscité de nombreux travaux. Nous nous contenterons de citer les noms de Aüe, Gueterbock, Postempski, Kürling, Hollaender, Monari et surtout les études d'ensemble dûes à Curtis (1896), Gibson (1897) et Brünner (1898).

Après tant d'auteurs, tant de travaux remarquables qui ont fait de la cystocèle, une affection aussi connue aujourd'hui que la plus vulgaire des hernies intestinales, nous ne

pouvons avoir la prétention d'ajouter une pierre, si petite soit-elle, à l'édifice entièrement terminé. Notre modeste travail ne sera que le pâle reflet des travaux qui l'ont précédé et nous nous contenterons d'ajouter à la liste déjà nombreuse des observations de cystocèle inguinale les trois cas que nous avons observés ainsi que deux autres pris dans la pratique de Gibson (in *Medical Record*, March. 20 1897), et qui n'ont pas encore été, il nous semble, publiés en France.

## CHAPITRE I

### *Etiologie*

Les hernies vésicales considérées pendant longtemps comme une curiosité anatomique, comme une découverte rare d'autopsie, sont devenues plus fréquentes depuis l'emploi des méthodes modernes de cure radicale qui nécessitent une dissection plus attentive et plus complète des parois et du sac herniaire. Il est à prévoir pour ce même motif que le nombre des observations de cystocèles qui a considerablement augmenté dans ces dernières années malgré le peu de travaux publiés, s'accroîtra beaucoup par la suite. Néanmoins cette fréquence est toute relative et si nous jetons un coup d'œil sur les statistiques données par les auteurs à différentes périodes nous pouvons nous rendre compte que les cas publiés ne sont pas très nombreux.

En 1753, Verdier rassemble 20 observations de cystocèle inguinale. Imbert en publie 63.

De Bovis en Octobre 1897, cite 85 cas. Gibson en Mars 1897 dit qu'il a pu réunir 77 observations. Brünner en 1898 donne 132 cas de hernie vésicale inguinale. Mais dans cette dernière statistique l'auteur comprend les cystocèles opératoires, c'est-à-dire les cas dans lesquels pendant la cure

radicale d'une entérocèle, la vessie a été amenée au niveau de l'orifice inguinal par suite de tractions sur le péritoine au moment de la réduction.

Mais si ces chiffres nous indiquent la fréquence absolue des cystocèles, ils ne nous renseignent pas sur leur fréquence par rapport aux autres variétés de hernies inguinales. Des renseignements plus précis nous seront donnés par l'étude de la pratique des grands chirurgiens.

En effet, ceux-ci ont rencontré :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lucas-Championnière | 3 | cystocèles | sur 275 cures radicales. |
| Decès | 5 | — | sur 150. |
| Delorme | 3 | — | sur 143. |
| Monari | 6 | — | sur 227. |
| Kronlein | 1 | — | sur 276. |
| Bassini | 1 | — | sur 262. |
| Habs | 1 | — | sur 200. |
| Montegnacco | 4 | — | sur 500. |
| TOTAL . . . . . | 24 | cystocèles | sur 2033. |

Par contre Gibson dit avoir rencontré 4 cas de cystocèle sur 24 opérations de cure radicale ; le fait prouve bien qu'une évaluation approximative est assez difficile ; cependant d'après le tableau précédent, on peut dire que la cystocèle se rencontre en moyenne 1 fois sur 84 opérations. Guelliot tenant compte des cas inédits observés par beaucoup de chirurgiens admet une moyenne de 1 cystocèle sur 50 hernies inguinales. Tous ces chiffres, en un mot, n'ont rien d'absolu.

*Variétés.* — Les 3 cas que nous publions portent tous sur la variété inguinale de la cystocèle. C'est donc cette variété qui fera l'objet de notre étude. C'est d'ailleurs de beaucoup la plus fréquente. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a

noté la présence des variétés crurale, et surtout périnéale et obturatrice. Les tableaux suivants nous le prouvent d'une façon évidente :

| | De Bovis | Gibson | Brünner |
|---|---|---|---|
| Cystocèles inguinales | 86 | 77 | 132 |
| » crurales | 19 | 22 | 29 |
| » obturatrices | 4 | | 2 |
| » périnéales | | | 2 |

nous n'insisterons pas sur ce point.

*Sexe.* — Plus encore que l'intestin, la vessie affectionne d'une façon toute spéciale l'orifice inguinal chez les hommes et l'orifice crural chez les femmes. C'est là une des particularités intéressantes de la cystocèle inguinale, facile à comprendre d'après le mode habituel d'élection des hernies selon les sexes. Ce fait est mis en lumière par tous les auteurs. Dans les statistiques de Gibson et de De Bovis nous ne trouvons que sept femmes. Parmi nos trois malades se trouve aussi une femme. La fréquence bien moindre des troubles urinaires dans le sexe féminin, l'absence de prostate, la rareté des rétrécissements de l'urèthre doivent aussi entrer en sérieuse ligne de compte pour expliquer cette différence. En prenant la moyenne des cas observés, la cystocèle inguinale serait donc douze fois plus fréquente dans le sexe masculin.

*Age.* — Un autre particularité qui présente aussi son intérêt, c'est l'exceptionnelle rareté de la hernie vésicale dans l'enfance et la jeunesse et sa fréquence à partir de quarante ans. Les cas de cystocèles constatées chez l'enfant sont classiques. On connait l'observation de Felizet concernant un enfant de 12 ans, chez lequel du reste le diagnostic est resté douteux, les cas de Pott et de Kummer concernant des

enfants de 5 et de 12 ans. Wyeth (Archives of pediatrics, Mars 95) dit avoir constaté l'existence d'une cystocèle inguinale chez un enfant de deux ans et demi. La pathologie ne possède que ces quatre observations de hernie vésicale chez les enfants.

Chez les jeunes gens, de 15 à 35 ans, la cystocèle inguinale est plus rare encore. De Bovis, dans sa ststistique, ne la mentionne que deux fois. Un de nos malades était âgé de 28 ans. C'est à partir de quarante ans que cette affection devient fréquente et les cinq sixièmes des cas concernent des malades ayant dépassé cet âge. Cette fréquence, en outre, semble augmenter avec l'âge car on trouve à peu près les mêmes chiffres dans les trois périodes de dix ans comprises entre 40 et 70 ans, (de Bovis). En résumé la cystocèle inguinale très rare chez l'enfant, exceptionnelle chez l'adulte, est surtout une maladie de l'âge avancé.

*Côté.*—Pour Imbert, la cystocèle se trouve avec une égale fréquence des deux côtés (23 cystocèles gauches pour 23 cystocèles droites). De Bovis, au contraire, prétend que le côté droit est le plus souvent atteint (3 fois sur 5). Nous l'avons rencontrée toujours à droite dans nos 3 observations. Ces considérations ont d'ailleurs bien peu d'importance. Plus intéressants sont les cas de cystocèle double, dont deux ont été publiés par Verdier et les deux autres par Jaboulay et Sebileau.

Après ces considérations d'ordre général, il nous reste à étudier d'une façon rapide les causes prédisposantes et déterminantes de la cystocèle inguinale. Nous ne pourrons que les énumérer au point de vue séméiologique nous réservant de les reprendre et de les étudier plus complètement au chapitre de la pathogénie.

Parmi les causes prédisposantes, il nous faut citer en pre-

mière ligne toutes les conditions étiologiques des hernies, en général. On comprend facilement combien le relâchement des parois abdominales, la dilatation congénitale ou acquise des orifices inguinaux, favorisent la production d'une hernie vésicale, au même titre qu'elles facilitent la production d'une entérocèle, pourvu toutefois que la vessie se trouve dans des conditions anormales. Or, ces conditions seront amenées par la dilatation vésicale et la paralysie des fibres musculaires de la vessie et se trouveront par conséquent dans toutes les maladies susceptibles d'engendrer cette dilatation : catarrhes vésicaux chroniques, prostatisme, rétrécissement filiforme de l'urèthre, calculs.

Chez la femme, les mêmes conditions étiologiques se produisent, bien moins à la suite de lésions urinaires, que par suite de la grossesse ou de l'existence d'une tumeur pelvienne (fibrome). Ce sont donc ces facteurs qu'il faut surtout incriminer chez elle.

L'effort est de toutes les causes déterminantes, celle qui joue le plus grand rôle. Quelquefois la hernie se produit à la suite d'un effort brusque, mais le plus souvent c'est après des efforts répétés que l'on voit survenir la cystocèle (Imbert). C'est ainsi que s'explique aisément l'influence de l'accouchement et surtout le rôle des professions pénibles, des travaux manuels prolongés, dans le développement de la hernie vésicale.

## CHAPITRE II

### *Anatomie pathologique.*

Dans ce chapitre nous étudierons d'une façon toute spéciale les rapports de la vessie avec le péritoine, car la classification récente des cystocèles est tout entière basée sur ces rapports.

Cependant nous ne négligerons pas d'examiner les altérations diverses que peut présenter la vessie dans le cours d'une cystocèle, et les rapports qu'affecte cet organe avec les parties voisines, autres que le péritoine (anneau inguinal, viscères, lipome prévésical).

Nous étudierons donc successivement :

1° L'état de la vessie ;

2° Ses rapports avec le péritoine ;

3° Ses rapports avec les organes de voisinage.

I. — *Etat de la vessie.* — Le corps de la vessie, sauf de rares exceptions, reste dans la cavité abdominale où il occupe sa place habituelle. Cependant, dans quelques cas vraiment remarquables, la vessie, presque entière, était descendue dans les bourses (Jaboulay-Leroux). Chez le malade de Jaboulay, la prostate et les uretères tiraillés faisaient partie de la cystocèle. Dans ces conditions, l'urèthre et le col de la

vessie distendus, tiraillés, peuvent remonter au-dessus du détroit supérieur.

La vessie est ordinairement dilatée. Ses parois, le plus souvent amincies, peuvent présenter des bosselures ou diverticules, auxquels plusieurs auteurs (Hollander, de Bovis) ont fait jouer un rôle pathogénique important. Par contre, Duchaussoy, Jaboulay, Imbert, Schwartz ont trouvé les parois vésicales souvent épaissies, et cette épaisseur peut aller jusqu'à trois centimètres. A l'intérieur de l'organe on découvre des lésions diverses : la prostate est très souvent hypertrophiée ; la muqueuse présente des traces de cystite chronique ; l'urine stagnant dans le bas-fond de la vessie ou dans les diverticules, peut donner naissance à des calculs ammoniaco-magnésiens.

La portion herniée de la vessie ou cystocèle peut affecter le volume le plus inégal. Depuis « la simple pointe de hernie vésicale » jusqu'au volume d'une tête de fœtus. Ses parois, plus encore que celles du reste de la vessie, sont amincies et friables, se laissant facilement entamer par le bistouri ou même par le doigt. Ce diverticule est séparé du corps de la vessie par une zône plus ou moins rétrécie, correspondant à l'orifice inguinal. Cet étranglement est parfois si marqué qu'il se refuse à laisser pénétrer une sonde recourbée ou même une injection de liquide poussée par l'urèthre. Dans l'intérieur de la cystocèle, on trouve de l'urine tantôt normale, plus fréquemment altérée. On peut y rencontrer aussi des calculs (6 cas de Verdier, observations de Plater et d'Imbert). Ce sont ordinairement des pierres phosphatiques, formées sur place par l'urine altérée.

2° *Rapports de la vessie avec le péritoine.* — En étudiant le mécanisme de la formation des entérocèles nous apprenons que la partie de l'intestin grêle destinée à constituer la hernie

repousse au devant d'elle une portion de péritoine dont elle se coiffe et qui lui constitue un sac. Ce sac séreux se recouvre des tissus aponévrotique et celluleux qui se tassent les uns contre les autres et forment un sac secondaire, plus superficiel, ou mieux « une tunique de renforcement. » Si nous rapprochons de ce mécanisme celui des hernies vésicales nous voyons que ce dernier est un peu différent.

En effet tantôt la vessie s'engage seule dans le canal inguinal sans accompagnement de péritoine et nous avons affaire alors à une première variété de cystocèle, désignée par Jaboulay sous le nom de *cystocèle extra-péritonéale* et par Duret sous celui de *cystocèle sans sac séreux*. C'est la variété la plus simple. La face antérieure de la vessie, dépourvue de séreuse, constitue à elle seule la hernie et l'on ne constate pas la présence d'un sac véritable. Seuls les tissus aponévrotique et cellulaire formant une sorte de tunique de protection très mince et qui passe souvent inaperçue. Ces hernies sont en général simples et un peu volumineuses.

Daus une seconde variété, appelée par Jaboulay *cystocèle parapéritonéale* et par Duret « Entéro-cystocèle avec sac séreux incomplet » la vessie au contraire entraîne à sa suite une portion plus ou moins considérable de séreuse péritonéale. Le péritoine descend alors avec la portion vésicale herniée, recouvre ordinairement ses faces antérieure et externe, puis remonte en formant un cul-de-sac dans lequel vient se loger une anse intestinale. Il y a donc concomitance de cystocèle et d'entérocèle. Tantôt le cul-de-sac péritonéal est peu considérable et la face antérieure de la vessie constitue presque à elle seule la hernie, à peu près comme dans la variété précédente; tantôt par contre, l'entérocèle est très volumineuse et paraît remplir à elle seule la hernie. Si nous nous livrons à un examen attentif nous finirons par rencontrer sur la partie interne du cul-de-sac herniaire un diverti-

cule en général peu volumineux, pris très souvent comme un épaississement du sac, et qui n'est autre que la vessie.

Si nous cherchons à nous rendre compte des rapports de contact de la vessie avec le péritoine, nous trouverons quelquefois un simple accolement entre ces deux éléments ; mais le plus souvent l'adhérence est très intime et le décollement exige une dissection laborieuse amenant fréquemment la déchirure du péritoine ou de la vessie.

En résumé, dans cette variété, lorsqu'il y a concomitance d'une entérocèle volumineuse, la position de la cystocèle est fort importante à connaître. C'est à la partie postéro-interne du cul-de-sac péritonéal que l'on trouve la vessie, qui le déborde en ce point. C'est là qu'il faut la rechercher soigneusement.

Dans la *cystocèle intra-péritonéale* de Jaboulay ou tumeur herniaire avec intussusception de la vessie de Duret, nous avons la troisième variété de hernie vésicale. Ici la hernie, au point de vue de sa constitution et de l'aspect du sac, est en tout point semblable à une entérocèle banale.

La vessie par suite d'un mouvement de bascule, dû peut-être comme nous le verrons plus loin à des adhérences de cet organe avec l'épiploon ou l'intestin, s'engage par son sommet dans l'anneau inguinal, chassant au devant d'elle le péritoine qui la coiffe entièrement et lui constitue un sac complet. La cystocèle est donc tout entière à l'intérieur de la séreuse au milieu d'anses intestinales et de masses épiploïques. Cette hernie est en général très volumineuse et contient une grande partie de la vessie.

Quelques données statistiques, jointes à cette étude anatomo-pathologique sommaire, nous permettront de connaître la fréquence de telle ou telle variété de cystocèle.

Imbert sur 43 observations, où la disposition du péritoine avait été notée, a trouvé :

| | | |
|---|---|---|
| Hernies | extra-péritonéales | = 10 |
| — | para-péritonéales | = 29 |
| — | intra-péritonéales | = 4 |

De Bovis (1897) sur 58 cas, a observé :

| | | |
|---|---|---|
| Cystocèles | extra-péritonéales | = 23 |
| — | para-péritonéales | = 32 |
| — | intra-péritonéales | = 3 |

Dans nos trois observations, 1 fois la position du péritoine n'est pas désignée ; dans le second cas la hernie contenait un sac inhabité et de petite dimension ; chez le troisième malade, la cystocèle était extra-péritonéale.

On voit donc que la variété para-péritonéale, avec coexistence de hernie intestinale, est la plus fréquente.

1. *Rapports avec les organes voisins.* — *a) Avec l'anneau inguinal.* Les indications données par les auteurs à ce sujet sont très vagues. Dans un cas de Justo, la cystocèle s'était évaginée à travers un orifice distinct de celui de la hernie. Dans trois observations de Jaboulay, portant sur des hernies extra-péritonéales, l'artère épigastrique était en dehors du pédicule herniaire ; la vessie avait donc pénétré par une des fossettes inguinales moyenne ou interne. Dans une quatrième observation, où il existait en même temps une entérocèle, l'artère épigastrique était au contraire en dedans de la cystocèle et celle-ci avait eu lieu par la fossette externe.

Avec Delorme et de Bovis on peut penser que la vessie, dans le cas d'entéro-cystocèle, sort par le même orifice que l'intestin, ce dernier entraînant après lui le diverticule vésical, tandis que les cystocèles primitives sortiraient par le chemin le plus court, c'est-à-dire par les fossettes inguinales moyenne et interne.

*b) Avec les viscères.* Nous avons vu plus haut que, dans

les variétés para-péritonéale et intra-péritonéale, la vessie était ordinairement accompagnée d'un autre viscère. Quel est ce viscère ? C'est, dans l'immense majorité des cas, l'intestin grêle. Dans quelques observations cependant on a constaté la présence d'autres organes.

Bœckel, dans un cas, a trouvé avec la vessie le cœcum et l'iléon ; Thiriar, presque tout l'intestin grêle et le cœcum ; Raymond, la trompe, l'ovaire et l'intestin grêle. Lejars enfin a observé la coexistence de la vessie et de la trompe. Mais ces cas sont absolument exceptionnels.

*c) Lipome prévésical.* Monod et Delagenière (1889) ont insisté d'une façon toute spéciale sur une masse graisseuse que l'on rencontre parfois au devant de la vessie et à laquelle ils ont attribué un rôle pathogénique important. C'est une masse de tissu cellulo-graisseux molle ou ferme, plus ou moins abondante, constituant dans une observation de Monod une véritable tumeur. Souvent, par contre, elle n'est formée que par quelques pelotons graisseux. Elle est généralement très adhérente à la vessie qu'il faut, pour ainsi dire, décortiquer. Monod et Delagenière en rapportent trois observations. Nous le trouvons mentionné également dans Verdier, Duchaussoy, Perrin et Broca. Lejars sur dix-huit observations, mentionne onze fois la présence du lipome pré-vésical. Nous même l'avons nettement constaté chez un malade de 28 ans. La fréquence de ce lipome est donc assez grande, mais malheureusement on a noté son absence totale dans un certain nombre de cas, ce qui lui enlève une part de son importance pathogénique et clinique.

Telles sont les données anatomo-pathologiques que nous offre l'étude de la cystocèle inguinale. On peut en juger, par ce rapide aperçu, toute l'importance. Elles vont nous faciliter singulièrement l'étude de la pathogénie.

## CHAPITRE III

### *Pathogénie*

La pathogénie est certainement la partie la plus embrouillée de l'histoire de la cystocèle, chaque auteur ayant voulu apporter sa théorie. Nous ne saurions avoir la prétention d'étudier toutes les opinions émises à ce sujet. Dans la première partie de ce chapitre nous exposerons l'action générale des causes prédisposantes et déterminantes citées dans l'étiologie. Dans la seconde partie nous exposerons rapidement les principales théories pathogéniques et étudierons le mécanisme de la cystocèle dans ses trois variétés.

1. *Pathogénie générale des cystocèles.* — Verdier a nettement indiqué les conditions essentielles pour la production de la hernie vésicale. Dès 1753, il signalait comme causes prédisposantes : la flaccidité de la vessie, la distension de ses parois, la largeur de l'anneau inguinal. La pathogénie générale de la cystocèle n'a point changé depuis lui et ce sont ces causes absolument indispensables à la production de la cystocèle que nous allons développer, d'après l'excellent article de Jaboulay.

1° *Distension vésicale.* — A l'état normal, la vessie placée derrière les pubis, n'affectant avec les orifices de la paroi que des rapports transitoires, paraît absolument incapable de s'engager dans l'anneau inguinal. Si pour une cause pathologique quelconque, elle se trouve distendue d'une façon permanente, ses rapports avec la paroi abdominale se trouvent complètement modifiés. La vessie vient alors s'établir à la partie postérieure des muscles abdominaux, augmentant de volume à la fois en hauteur et en largeur, et arrive à placer sa face antérieure en rapport avec les orifices inguinaux ou cruraux. Si cette dilatation n'est que temporaire et si, à la suite d'un traitement approprié, la vessie se retrouve dans ses conditions normales d'évacuation et de replétion, la hernie ne se produit pas. Mais si cette dilatation persiste, la vessie finira, sous l'influence des causes secondaires, par s'engager dans l'orifice inguinal et la cystocèle se produira.

2° *Flaccidité du muscle vésical.* — Cette nouvelle cause va venir en aide à la première. Sous l'influence d'une dilatation prolongée, la paroi vésicale « dépourvue de sa contraction musculaire normale » devient flasque et molle, des diverticules se produisent, et la vessie, réduite à l'état de membrane irrégulière, inerte, peut s'engager bien plus facilement dans un orifice inguinal largement ouvert. Cette parésie du muscle vésical est fort importante en pathogénie, car elle explique comment, dans beaucoup de cas où l'on a constaté l'absence du lipome vésical, la vessie n'étant plus un organe régulièrement lisse et arrondi, mais présentant des inégalités et des diverticules peut faire hernie.

A ces deux causes, Nélaton a ajouté l'influence de l'effort. « Pour que l'effort intervienne d'une manière réelle, il faut qu'il survienne alors que la vessie, étant remplie et distendue, est en contact avec la paroi de l'abdomen. A ce

moment seul, l'effort tend à l'engager dans les orifices inguinaux. Or, le fait même de la distension vésicale est la conséquence d'un obstacle au cours de l'urine, siégeant en avant de la vessie, et pour vaincre cet obstacle, la pression des muscles abdominaux doit intervenir, et cela d'autant mieux que la contractilité du muscle vésical est plus diminuée ou même abolie. »

Si nous cherchons les maladies dans lesquelles ces conditions sont réalisées, nous trouvons chez l'homme : l'hypertrophie de la prostate et le rétrécissement uréthral à sa période ultime.

Dans ces deux affections, en effet, la vessie, se vidant incomplètement, arrive à se distendre ; sa paroi s'amincit et devient flasque.

Elle est donc dans d'excellentes conditions pour s'engager dans l'anneau. La contraction des muscles abdominaux, qui supplée à la contraction vésicale imparfaite, viendra faciliter, d'autant plus, l'engagement de la cystocèle.

Chez la femme, il faut invoquer d'autres agents pour expliquer la distension vésicale. La pathogénie générale est donc, chez elle, un peu différente. L'influence de la grossesse est indéniable. Sans doute, il n'en faut pas exagérer l'importance, les cystocèles étant fort rares dans le sexe féminin, mais on doit néanmoins en reconnaître le rôle. Dans une observation de Jaboulay, dans une des nôtres, la cystocèle est survenue au cours d'une grossesse. Dans les derniers mois de la parturition, le développement du segment inférieur de l'utérus, l'engagement de la tête fœtale, amènent de nombreuses modifications dans la forme de la vessie et dans ses rapports avec la paroi. La vessie comprimée, se loge où elle peut. La tête fœtale appuyant sur l'urèthre détermine de la gêne de la miction et une dilatation vésicale consécutive. La vessie, trouvant un orifice inguinal

souvent dilaté par une hernie ancienne, s'y engage et la cystocèle est constituée.

A la grossesse nous devons joindre l'influence des tumeurs pelviennes jouant un rôle pathogénique identique.

II. *Théories pathogéniques.* — Essayons d'étudier succinctement les principales théories émises par les auteurs.

Méry, qui s'est occupé un des premiers (1713) de l'étude de la cystocèle, assignait à cette affection une origine congénitale. Il soutenait, en effet, qu'il est impossible à la vessie, trop épaisse et trop solidement maintenue par l'ouraque, les artères ombilicales, le péritoine, de passer à travers les orifices de la paroi si ceux-ci ne présentent pas quelque anomalie congénitale. Les recherches modernes ont prouvé combien cette idée était erronée. A ce premier argument, Méry ajoutait les raisons suivantes : « s'il n'y avait pas de vice de conformation, dit-il, on trouverait la vessie toujours séparée du cul-de-sac que formerait le péritoine en descendant dans les bourses » Or, Méry n'avait pas constaté de variété de cystocèle extra-péritonéale. Les nombreuses observations, publiées depuis, ont fait justice de cette assertion.

Cette théorie était depuis longtemps tombée dans l'oubli, lorsqu'elle fut reprise, en 1892, par Bourbon, sous les auspices de Lucas-Championnière. Imbert a victorieusement combattu les arguments émis par ces deux auteurs et a démontré que la cystocèle, exceptionnellement congénitale, est presque toujours une lésion acquise. L'âge avancé des malades porteurs de hernie vésicale, la présence chez ces mêmes malades de lésions anciennes de l'urèthre, de la prostate ou de la vessie, viennent absolument confirmer cette opinion.

Verdier avait étudié d'une façon assez complète le méca-

nisme des cystocèles. Pour lui la hernie vésicale était tantôt primitive, la vessie entrant la première dans l'anneau avec ou sans accompagnement de péritoine, et tantôt secondaire, la vessie étant entraînée par un sac herniaire préexistant. Il donnait à cette dernière variété la dénomination de cystocèle par glissement.

Leroux (1880), ajoute à ces deux mécanismes celui de la hernie par bascule. Grâce à des adhérences avec l'épiploon, le sommet de la vessie par un mouvement de bascule s'infléchit en avant et s'engage dans l'anneau en refoulant devant lui le péritoine.

Monod et Delagenière combattent vivement la théorie de Verdier, se déclarant partisans de la cystocèle primitive, et accordant à un agent spécial, le lipome préherniaire, une influence pathogénique absolue. « Cette accumulation de graisse, disent-ils, et sa pénétration en un point de la paroi abdominale qui se laisse déprimer, entraîne nécessairement la fixité de l'organe auquel elle adhère. La paroi vésicale elle-même tend à suivre l'enveloppe adipeuse dans son mouvement en avant. On conçoit qu'il puisse se former un diverticule de la vessie, qui, à chaque effort de miction, alors que la pression intra-abdominale se transmet au liquide contenu dans le réservoir urinaire, aura une tendance à s'accentuer. L'amorce vésicale existe dès lors, comme dans la pointe de hernie de l'intestin l'amorce péritonéale.» Pour ces auteurs le lipome préherniaire serait un agent fixateur de la vessie à la paroi abdominale et deviendrait ainsi le facteur mécanique de toute cystocèle.

Jaboulay et Villard reconnaissent l'importance pathogénique de la masse graisseuse pré-vésicale, mais l'interprètent d'une toute autre façon. Au lieu de faire de ce tissu adipeux un agent fixateur de la vessie, ils le considèrent comme un agent favorisant le glissement du réservoir urinaire. De plus,

s'étant rendu compte par de nombreuses dissections, du degré d'adhérence de la vessie et du péritoine, et ayant constaté que la séreuse se laissait décoller plus facilement sur les parties latérales et la face antérieure de la vessie (zône décollable du péritoine), ayant trouvé en outre que, chez les sujets où le lipome prévésical était très développé, le décollement de la séreuse était beaucoup plus facile, ils en conclurent que le lipome « facilite le décollement péritonéal et, par cela même, diminuant la fixité de la vessie, favorise la production d'une hernie vésicale. »

Enfin ils admettent qu'au besoin cette masse graisseuse peut servir d'amorce, mais « parce qu'elle substitue à un plan de tissus résistants un tissu mou, facilement dépressible lorsqu'une pression abdominale tendra à projeter la vessie dilatée au dehors. »

Avec Thiriar, Hedrich, Imbert, nous pensons que l'importance du lipome prévésical a été bien exagérée. Que son influence soit manifeste dans un certain nombre de cystocèles, nous le concédons volontiers. Mais si on le considère comme agent essentiel de la production d'une hernie vésicale, comment expliquera-t-on le mécanisme des cystocèles dans un certain nombre d'observations, où la masse graisseuse est absente? De plus Imbert fait remarquer, avec juste raison, que le lipome existe souvent dans les hernies autres que celles de la vessie; qu'en outre, en raison de la rareté des complications mortelles, on n'a pu vérifier l'existence de cette couche graisseuse que de longues années après le début de la cystocèle; or on sait que les inflammations vésicales sont capables de favoriser le développement autour de la vessie de productions lipomateuses analogues au tissu celluleux prévésical. Voilà donc un certain nombre de faits qui permettent de douter du rôle important attribué au lipome prévésical.

Duret, admet avec Verdier et Leroux, l'existence des cystocèles primitive et secondaire, et il décrit dans la variété secondaire deux sous-variétés : la cystocèle avec sac séreux incomplet et la cystocèle par intussusception, dont le mécanisme est en tout analogue à celui de la cystocèle par bascule de Leroux.

III. — Nous venons d'exposer rapidement les principales théories émises pour expliquer la pathogénie de la cystocèle. Il nous reste à étudier, d'une façon éclectique, le mécanisme de la hernie vésicale dans les diverses variétés anatomo-pathologiques.

Dans la cystocèle extra-péritonéale, le mécanisme est très simple et son interprétation ne donne lieu à aucune difficulté. La vessie, distendue à la suite de troubles dans l'excrétion urinaire, s'élève dans la cavité abdominale et vient mettre sa face antérieure en rapport avec l'orifice inguinal, dans lequel elle finit par s'engager, aidée ou non par le lipome prévésical. La hernie vésicale est donc primitive et on ne trouve dans la tumeur ni péritoine, ni intestin. On s'est demandé comment une cystocèle souvent très volumineuse pouvait être dépourvue de péritoine, puisque cet organe revêt une partie de la face antérieure? Ici on peut faire intervenir, selon l'opinion de Jaboulay, l'utilité de la zône décollable du péritoine et l'on peut admettre que la séreuse, soit sous l'influence du développement du lipome prévésical, soit par suite du glissement de la paroi vésicale sur les bords de l'orifice inguinal, se décolle et se sépare de la vessie, laissant cette dernière libre dans la plus grande partie de sa face antérieure.

Dans la variété para-péritonéale, le mécanisme est plus complexe. Tantôt la hernie vésicale est primitive et n'entraîne que secondairement le péritoine et l'intestin. La patho-

génie est alors identique à celle de la variété extra-péritonéale, avec cette différence que le péritoine, au lieu de se séparer de la vessie par décollement, est entraîné à sa suite et fait irruption dans la hernie. Dans ce cas, la cystocèle est, en général, plus volumineuse que l'entérocèle. Mais plus souvent il arrive que la cystocèle est secondaire à une entérocèle. L'intestin, refoule au devant de lui le péritoine ; celui-ci, sortant de la cavité abdominale, exerce des tiraillements sur la vessie qu'il entraîne avec lui. Souvent la vessie résiste et se décolle de la séreuse sur une certaine étendue ; mais lorsque la limite de la zône décollable est atteinte, la vessie, très adhérente au péritoine par son sommet, finit par céder. C'est le dernier stade avant la variété intra-péritonéale. Lorsque la cystocèle est secondaire, la hernie intestinale très volumineuse occupe la plus grande portion de la tumeur, le diverticule vésical appliqué à sa partie interne n'a souvent que de très minimes dimensions.

Enfin, dans la variété intra-péritonéale, nous trouvons un mécanisme analogue à celui de la hernie par bascule de Leroux. Le sommet de la vessie, tiraillé, entraîné par des adhérences avec l'épiploon, tombe, à la suite d'un mouvement de bascule, dans un sac préformé ou bien s'engage dans l'orifice inguinal en repoussant au devant de lui le péritoine qui le recouvre en totalité.

De Bovis (in *Gazette des hôpitaux*, 1897) trouve ce mécanisme douteux : « D'abord, dit-il, rien ne prouve ces adhérences primitives qui manquent ou ne sont pas signalées dans plusieurs cas de cystocèles par bascule (Kronlein, Whalter, Jaboulay). En second lieu, pour admettre que la vessie se soit engagée tête baissée et première dans le trajet inguinal, il faudrait retrouver au fond du sac l'ombilic oural; on parle bien quelquefois de l'ouraque, mais nullement de la place qu'il occupe. Enfin, la théorie de la bascule paraît

peu conforme à la physique : un réservoir ne peut que difficilement basculer sur une base aussi large que l'est la ligne d'insertion du péritoine sur la vessie ; or, c'est là la véritable base de la vessie. De plus, en admettant cette bascule, pense-t-on que la surface tendue, sphérique, de la vessie trouverait à s'engager dans l'anneau inguinal ? Il faut, en effet, autre chose pour expliquer ces hernies par intussusception : il faut que la vessie devienne diverticulaire. C'est ce segment vésical qui, rompant avec l'harmonie de la surface du réservoir urinaire, peut s'engager dans le trajet inguinal et amener progressivement l'intussusception de l'organe ». Ce sont là, sans doute, de sérieuses objections apportées à cette théorie de la cystocèle par bascule. Mais les cas, peu nombreux, observés et étudiés jusqu'ici ne permettent pas une opinion définitive.

## CHAPITRE IV

### *Symptomatologie. — Complications.*

Les symptômes de la cystocèle inguinale étant fort complexes, il est assez difficile d'en donner une description d'ensemble.

En effet, les auteurs qui se sont surtout occupés de la partie clinique de cette affection ont eu à cœur d'en décrire scrupuleusement tous les signes. Mais comme leur étude s'appuyait sur des observations très dissemblables, il en résulte une confusion qu'il était d'ailleurs difficile d'éviter. Nous essayerons d'étudier successivement les signes physiques et les symptômes fonctionnels par lesquels se manifeste ordinairement une hernie vésicale, quitte à les reprendre et à les grouper selon les cas, lorsque nous nous occuperons du diagnostic.

#### SIGNES PHYSIQUES

Le premier signe constaté, est la présence d'une tumeur située au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. A l'instar d'une hernie banale, dont rien ne la différencie à la

simple inspection, cette tumeur vieille de plusieurs années s'est développée lentement, progressivement, d'abord à peine appréciable, n'attirant pas l'attentiondu malade, puis, envahissant peu à peu la région inguinale et les bourses. Ce mode de début est le plus fréquent; mais quelquefois, brusquement, à la suite d'un effort ou d'un travail musculaire prolongé, le malade éprouve une douleur vive à la région inguinale et constate qu'à ce niveau une tumeur vient de se former. Ce début brusque est exceptionnel et presque toujours la hernie met de longues années à acquérir tout son développement.

Nous avons dit, au chapitre de l'anatomie pathologique, que le volume de la tumeur était très variable. Quelquefois c'est un simple diverticule, déformant à peine la région inguinale; plus souvent la hernie atteint le volume d'un œuf, d'un orange; dans quelques cas enfin elle acquiert la grosseur d'une tête de fœtus. Il est alors permis de penser à la coexistence d'une entérocèle, car le volume d'une cystocèle pure ne dépasse guère les dimensions d'un œuf de poule. On a pourtant trouvé des cystocèles simples pouvant atteindre un volume considérable.

Un caractère important est tiré des variations de volume que peut présenter la tumeur dans certaines circonstances. Si le malade se place dans la position horizontale, on voit la hernie diminuer de volume et disparaître en partie par suite du retrait de l'urine de la poche inguinale dans l'abdomen. Passe-t-il au contraire de la position horizontale à la station verticale, le liquide s'accumule à nouveau dans le diverticule hernié et le distend. Ces mêmes variations de volume peuvent être constatées par le malade, dans le cours de la journée, au moment de chaque miction, la tumeur s'affaissant pendant l'émission des urines et augmentant progressivement à mesure que l'urine remplit la vessie. Ce signe,

s'il était constant, serait d'un précieux secours pour le diagnostic mais, malheureusement, l'observation nous montre combien il est infidèle. En effet, dans bon nombre de cas, la vessie surdistendue et parésiée est impuissante à siphoner le diverticule herniée ; souvent aussi l'orifice de communication entre la vessie et la cystocèle, filiforme ou obstrué par un calcul ne permettra pas le reflux de l'urine dans la grande cavité vésicale.

La palpation donne des résultats très variables (Imbert-Guelliot) si la cystocèle ne renferme pas de liquide, ce qui est assez fréquent, on observe les caractères d'une épiplocèle : tumeur molle, pâteuse. Lorsque, au contraire, le liquide est abondant, la tumeur est lisse, rénitente, donne la sensation d'un kyste, laisse même percevoir la fluctuation.

Fait important, constaté par tous les auteurs, cette tumeur est *irréductible.* Un taxis, même prolongé, n'arrive pas à faire disparaître la hernie. Cependant, au début de la cystocèle, lorsque la vessie n'a pas encore contracté d'adhérence avec les tissus voisins, la tumeur est *réductible.* De plus, elle peut présenter souvent une *réductibilité partielle.* (Imbert). Le fait est presque constant lorsqu'une entérocèle un peu volumineuse accompagne la cystocèle. De même, lorsque le diverticule renferme de l'urine, ce liquide, sous l'influence de la pression, peut refluer dans la vessie et la tumeur se réduire en partie. Mais cette réductibilité n'est alors pas totale, et lorsqu'elle s'est effectuée on sent quelque chose de mollasse, de pâteux comme un gâteau épaissi. (Léjars) qui est appliqué à la partie interne de l'anneau, dont il empêche de sentir le contour (Ch. Monod). C'est là un signe important que nous retrouverons au diagnostic. La percussion donne naturellement une matité absolue lorsqu'on se trouve en présence d'une cystocèle simple ; mais

s'il existe aussi une entérocèle, on pourra constater des zones de matité et de sonorité. Dans ce cas, la sonorité siégera surtout à la partie antéro-externe et la matité à la partie interne.

La transparence, recherchée à plusieurs reprises, n'a été observée que dans le cas de Petit.

Enfin, la tumeur ne présente pas d'impulsion par la toux et pendant les efforts (Imbert).

Verneuil, Leroux, Guelliot ont insisté sur le fait suivant : en examinant un malade atteint de cystocèle volumineuse, on constate que le périnée est tendu, dur, luisant, il est très rétracté et douloureux ; les bourses s'en détachent mal et l'angle périnéo-scrotal n'existe pour ainsi dire plus. Le fait s'explique aisément : La vessie, en glissant dans le scrotum, s'incline, son col se dévie et, tiraillé, entraîne avec lui la prostate qui tire sur le périnée qu'elle tend. Nous croyons, avec Leroux et Guelliot, que cette rétraction douloureuse du périnée est un signe précieux dans les cystocèles d'un certain volume et qu'il y aura lieu désormais de le rechercher avec soin.

Par le toucher rectal, on peut arriver à contrôler ce signe. On constatera l'ascension ou l'absence de la prostate, sa déviation du côté de la hernie. On devra aussi rechercher si cet organe est hypertrophié, si l'hypertrophie est totale ou siège dans l'un des lobes.

Les derniers signes physiques nous sont fournis par le cathétérisme et les injections vésicales. Ces deux modes d'exploration rendront souvent de grands services dans les cas de diagnostic douteux, mais souvent aussi ils restent stériles. On se servira plus volontiers d'une sonde métallique qui, si elle ne peut pénétrer dans le diverticule herniaire, nous renseignera du moins sur la déviation de l'urètre et du col vésical, et nous permettra de constater l'exis-

tence d'un rétrécissement uréthral ou d'une hypertrophie prostatique. Les lavages vésicaux seront plus utiles. Après avoir évacué l'urine, on injecte deux à trois cents grammes d'eau boriquée. Dans le cas de cystocèle, on verra la tumeur inguinale augmenter de volume sous l'influence de sa réplétion par le liquide injecté. Mais pour constater ce signe il est nécessaire que l'orifice de communication entre le divercule et la vessie ne soit pas filiforme ou obstrué par du mucus ou un calcul; or, nous avons déjà vu que cette disposition pouvait exister.

## Symptômes Fonctionnels

Les signes fonctionnels doivent être recherchés avec soin car ils sont d'une incontestable valeur pour l'établissement du diagnostic. Un examen approfondi permet de les trouver chez la plupart des malades et l'on ne saurait trop insister sur leur importance.

La douleur est un symptôme fréquent dans la cystocèle. Son intensité est très variable. Tantôt ce sont des douleurs sourdes, constantes, localisées au niveau de la tumeur, présentant parfois des exacerbations et s'accompagnant de sensation de gêne et de tiraillement. Souvent elles éclatent après une course ou un effort, quelques heures après un repas, sous forme de coliques s'irradiant dans l'abdomen et les membres inférieurs. Ces accès se calment ordinairement par le repos et la position horizontale. Les symptômes urinaires sont presque constants. Les urines sont souvent troubles et alcalines, avec un abondant dépôt de phosphates ammoniaco-magnésiens. Les hématuries ne sont pas rares et des signes de catarrhe purulent ou de pyélo-néphrite

viennent compléter la scène. Les malades ont des mictions fréquentes avec ténesme et crises douloureuses ; ces symptômes sont dûs assez souvent aux lésions prostatiques et aussi, d'après Leroux 1° à l'irritation de la vessie, 2° à l'évacuation du contenu de la hernie se produisant très lentement une fois que la miction a vidé la partie encore en place de la vessie. Certaines positions peuvent faciliter l'évacuation de l'urine ; il arrive souvent aussi que les malades en pressant sur la tumeur provoquent la miction (cas de Mery, Brodier, Jaboulay, Marchant). La paralysie vésicale, qui est fréquente, peut amener de l'incontinence d'urine et chez les prostatiques on peut noter de la rétention.

Aux signes tirés des modifications de la miction nous devons ajouter le suivant qui, lorsqu'il existe, est pathognomonique. Chez les individus atteints de cystocèle, la miction se fait en deux temps : 1er temps, évacuation de la vessie intra-abdominale ; 2e temps, évacuation de la partie herniée.

Tel est l'ensemble symptomatique de la cystocèle inguinale. Le diagnostic serait aisé si tous les signes que nous avons passés en revue existaient chez les malades porteurs de cette affection. Nous verrons plus loin, qu'il n'en est pas malheureusement ainsi et que les symptômes les plus importants sont aussi les plus rares.

*Marche.* — L'évolution de la cystocèle est ordinairement lente. Le malade voit sa tumeur augmenter peu à peu de volume, n'occasionnant souvent aucune gêne fonctionnelle marquée. Il ne s'en préoccupe pas autrement jusqu'au jour où la hernie, devenue volumineuse et douloureuse, l'oblige à suspendre son travail et l'amène à demander une intervention. Bourbon, dans sa thèse, fait observer que la douleur existe dès le début et accompagne constamment le processus herniaire. Chez beaucoup de malades les choses

se passent ainsi, mais, en consultant les tableaux statistiques, on voit que chez certains malades cette douleur n'est devenue permanente et gênante, que plusieurs mois ou plusieurs années après le début de la cystocèle.

En somme la marche est essentiellement progressive et lente ; la tumeur d'abord réductible finit par devenir irréductible, mais seulement après de longs mois ; et ce n'est que longtemps après l'apparition des premiers symptômes que le malade se présente à l'examen. A moins cependant qu'une des complications, que nous allons étudier, ne vienne interrompre le cours de cette évolution insidieuse et n'amène l'attention sur une affection jusqu'alors méconnue.

*Complications.* — Nous devons éliminer tout d'abord un certain nombre d'accidents locaux ou fonctionnels qui n'appartiennent point en propre à l'évolution de la cystocèle. C'est ainsi que nous nous contenterons de citer ici tous les troubles urinaires, pouvant, dans le cours d'une hernie vésicale, donner naissance à des accidents de septicémie ou à des symptômes urémiques fort graves ; les complications sont surtout le fait de la lésion primitive, hypertrophie de la prostate ou catarrhe vésical, qui a donné naissance à la cystocèle. Nous ne reviendrons pas non plus sur la présence rare de calculs vésicaux dans le diverticule hernié ; ce sont, pour la plupart des formations secondaires à l'infection urinaire.

Nous voulons surtout insister ici sur les complications qui peuvent se produire du côté de la hernie, car ce sont de beaucoup les plus importantes. Deux cas peuvent se présenter. Lorsqu'il y a coexistence de cystocèle et d'entérocèle, le malade peut présenter assez souvent des phénomènes d'étranglement intestinal. Il est probable dans ces

cas que la vessie, distendue par l'urine, exerce sur l'intestin une compression dangereuse et détermine l'apparition d'accidents d'étranglement. Mais dans la cystocèle elle-même, et surtout dans la variété extra-péritonéale, les mêmes symptômes alarmants peuvent se produire, symptômes qui reconnaissent pour cause la compression exercée par l'anneau sur la vessie. Cet accident existe puisque au cours de kelotomies, on a constaté l'existence d'une zone sphacélée au niveau du pédicule de la cystocèle, mais les symptômes dont il s'accompagne différent si peu de ceux de l'étranglement intestinal vulgaire, que le diagnostic différentiel est le plus souvent impossible. En effet, à la suite d'un effort violent, chez un malade porteur d'une cystocèle récente ou ancienne, on voit la tumeur devenir subitement complètement irréductible, tendue et douloureuse; des nausées, des éructations et plus tard des vomissements alimentaires et bilieux apparaissent; la constipation devient absolue. Le ventre se ballonne, l'étatgénéral devient mauvais, le pouls est filiforme. Le chirurgien, alarmé, intervient et trouve, au niveau de la hernie, un diverticule vésical étranglé. On voit donc combien ces deux variétés d'étranglement herniaire se ressemblent. J. L. Petit, qui s'est occupé de l'étranglement vésical d'une façon toute spéciale, a indiqué des signes différentiels qu'il croyait capables d'apporter quelque lumière dans le diagnostic. « Dans les hernies de la vessie avec étranglement, dit-il, le vomissement est rare, faible et ne vient que tard; il est suivi de hoquet, tandis que dans l'autre hernie (intestinale) il en est précédé. » Les observations publiées, mentionnent bien le premier fait, vomissement rare et tardif, mais sont absolument muettes sur le second.

Quelquefois, on a observé, outre l'étranglement vésical,

des complications se rapprochant beaucoup de l'engouement des hernies intestinales. Aüe, Güterbock, Jaboulay et Villard ont vu des malades atteints de nausées, de vomissements, de coliques violentes, qui disparaissaient au bout de quelques heures et « dont la cause était, peut-être, l'oblitération transitoire de la partie herniée de la vessie par la tuméfaction de sa muqueuse, vers l'orifice herniaire, sous l'influence d'une cause congestive. »

## CHAPITRE V.

### *Diagnostic*

Nous touchons ici au point le plus délicat et le plus important de l'étude clinique de la cystocèle inguinale. Il ne faut point se dissimuler que le diagnostic pré-opératoire de cette affection est presque toujours difficile et souvent impossible, que même au cours d'une opération, ayant la vessie sous les yeux, des chirurgiens expérimentés s'y sont trompés et n'ont pu croire au diagnostic qu'une fois la vessie ouverte, quelquefois même ne se sont aperçus de leur erreur que plusieurs jours après l'intervention, par suite de la formation d'une fistule urinaire. Il est donc important pour un médecin, qui constate, chez un malade d'un certain âge, l'existence d'une hernie inguinale lui paraissant anormale par quelque symptôme, d'examiner avec le plus grand soin les caractères de la tumeur et l'état de l'appareil urinaire afin de prévoir la possibilité de l'existence d'une cystocèle.

Ces considérations posées, nous devons rechercher par quels signes on peut arriver à diagnostiquer une hernie vésicale avant l'opération, pendant l'opération, après l'opération.

*Diagnostic pré-opératoire.* — Ici plusieurs cas peuvent se présenter. Quelquefois le diagnostic s'impose de lui-même. Le malade vous annonce qu'il présente, depuis plus ou moins longtemps, une tumeur dans la région inguinale, que cette tumeur irréductible se vide lorsqu'il a uriné et se distend de nouveau à mesure que l'urine s'accumule dans la vessie, qu'en pressant avec la main il fait disparaître la hernie et provoque une envie d'uriner, que sa tumeur diminue quand il se couche et devient plus volumineuse quand il reprend la position verticale, qu'enfin il urine souvent et difficilement et que sa miction s'effectue en deux temps. Dans ces conditions le médecin pense aussitôt à une cystocèle. Mais combien rares sont les cas où les symptômes se présentent avec une telle netteté. En dehors des observations de Méry et Verdier, Imbert n'a pu en réunir que 5 cas. Le plus souvent le diagnostic, quoique possible encore, exige un examen minutieux. L'existence de troubles urinaires éveillera l'attention ; le malade dira que sa miction est difficile, que pour uriner il doit prendre telle ou telle position, qu'en relevant ses bourses l'écoulement de l'urines'effectue plus facilement. Le toucher rectal fera reconnaître l'hypertrophie ou l'absence de la prostate, sa déviation du côté de la hernie. A l'examen direct on trouvera une tumeur tantôt irréductible, tantôt partiellement réductible, mais présentant presque toujours à la partie interne, contre l'anneau, une portion mollasse, pâteuse impossible à réduire. Ce dernier signe, si important, sera toujours recherché. Le cathétérisme montrera la déviation que subit la sonde en passant dans un urèthre et une prostate déviés eux-mêmes. Enfin des injections faites dans la vessie amèneront quelquefois un gonflement de la tumeur tout-à-fait caractéristique.

Mais, par contre, chez bien des malades, par suite de l'ab-

sence de symptômes urinaires ou de signes physiques, le diagnostic restera impossible et l'on croira avoir affaire à une vulgaire entérocèle jusqu'au jour ou le chirurgien, pratiquant la cure radicale arrivera sur la vessie, cause du mal.

B. *Diagnostic au moment de l'opération.* — Le diagnostic porté est celui de hernie intestinale et le chirurgien fait la cure radicale. Dans un premier cas, après incision de la peau, il arrive sur une couche dense de tissu cellulaire qu'il prend pour un renforcement du sac ou pour de l'épiploon si au devant de lui il a rencontré une couche plus mince, lamelleuse de tissu cellulaire qu'il a pris pour un sac. Mais l'erreur est vite reconnue, et après une dissociation laborieuse il arrive sur la vessie à parois plus ou moins amincies qu'il prend ordinairement pour le sac.

Dans un second cas, le praticien a rencontré tout d'abord un sac péritonéal renfermant de l'intestin. Il commence à disséquer ce sac lorsqu'il constate à la partie interne et supérieure de ce dernier une masse graisseuse plus ou moins volumineuse ou bien une tumeur accolée au sac. Enfin, si la cystocèle appartient à la variété intra-péritonéale, après incision du sac, le chirurgien arrive sur la vessie qu'il prend pour une seconde enveloppe séreuse.

Quel est donc l'organe que le praticien vient de découvrir et qui, la plupart du temps, par sa consistance et sa situation anormales attire son attention? Est-ce un sac, est-ce un viscère? Un certain nombre de caractères vont le guider dans sa recherche. Tout d'abord il a constaté, soit au devant de ce qu'il prend pour un sac, si la cystocèle est extra-péritonéale, soit en dedans du véritable sac s'il y a en même temps entérocèle, une masse graisseuse plus ou moins abondante; c'est le lipome prévésical. Ce lipome, quand il existe, est un élément précieux de diagnostic; nous dirons

plus, c'est un signe certain de la présence de la vessie. Malheureusement sa présence n'est pas constante. Il nous faut donc d'autres signes.

Si nous examinons le prétendu sac, nous serons tout d'abord frappés de son aspect. Il est jaunâtre, épais, de consistance molle et se déchire facilement. En le séparant du sac péritonéal ou du lipome qui le recouvre, nous rencontrerons bientôt des fibres musculaires entrecroisées ; disposition unique qui nous permettra de reconnaître aussitôt la vessie.

De plus, si nous examinons les rapports de cette tumeur, nous verrons qu'elle siège en dehors de la gaîne fibreuse du cordon, dont nous retrouvons le faisceau cylindrique, libre de toute adhérence, en arrière de la hernie.

Si nous saisissons la tumeur nous nous apercevrons qu'elle se laisse mal pédiculiser ; si enfin nous cherchons à suivre le pédicule avec l'index, nous le verrons se diriger derrière le pubis, vers la prostate. Si cette recherche est trop difficile, par suite d'une dilatation insuffisante de l'anneau, nous inciserons largement ce dernier, pratiquant au besoin une véritable hernio-laparotomie. Nous nous rendrons compte, en un mot, des connexions du diverticule avec la vessie. A ces signes on pourra joindre ceux tirés du cathétérisme. On cherchera à sentir à travers la paroi une sonde introduite par l'urèthre. Enfin une injection poussée dans la vessie, en distendant le sac, fera lever tous les doutes.

Si pour avoir négligé ces moyens d'exploration, ou si au cours d'une dissection très laborieuse, le chirurgien a ouvert la vessie, ordinairement l'écoulement d'un jet d'urine l'avertira qu'il a pénétré dans le réservoir urinaire. De plus l'aspect spécial de la muqueuse éveillera son attention. Pour plus de certitude, et surtout si le diverticule ne contient pas d'urine, le praticien aura recours aux divers modes d'explo-

ration énumérés plus haut et, le doigt, introduit par la plaie vésicale, cherchera à sentir le bec de la sonde placée dans la vessie.

*Diagnostic post-opératoire.* — Dans quelques cas, heureusement rares, la vessie amincie et remplie d'un liquide peu abondant et identique à la sérosité d'un sac herniaire, a été prise pour le sac, liée et réséquée comme telle. Quelquefois aussi, en liant un pédicule volumineux, on ne s'est pas aperçu qu'un petit diverticule vésical lui était accolé ; et on a compris ce dernier dans la ligature et la résection. En examinant les tissus excisés on a pu y retrouver les fibres musculaires de la vessie (Reverdin), et s'apercevoir de l'erreur commise. Mais c'est ordinairement quelques heures après l'intervention, en voyant le malade se plaindre de douleurs vésicales très vives, de ténesme et de pollakyurie, suivie de l'émission de quelques gouttes de sang, qu'on songe à la possibilité de l'ouverture de la vessie. Les doutes sont changés en certitude quand, au bout de quelques jours, on voit une fistule urinaire se produire. Dans la dernière observation, que l'on trouvera à la fin de ce travail, le diagnostic fut méconnu au moment de l'opération et ce n'est que plus tard, en présence de l'hématurie et par suite de l'établissement d'une péritonite septique que l'on reconnut que la vessie avait été lésée.

*Diagnostic des complications.* — Si le diagnostic de cystocèle a été fait avant l'intervention, on devra examiner avec soin si cette cystocèle ne présente pas de complications. Par l'exploration méthodique de la vessie, on recherchera la présence de calculs. On appréciera le calibre de l'urèthre, l'existence et le siège des rétréçissements s'il en existe. Le toucher rectal nous indiquera si la prostate est hypertrophiée.

On examinera l'état des urines, leur dépôt, leur purulence ; on se renseignera sur le mode de début et l'ancienneté des lésions urinaires ; on fera un examen approfondi de l'état des voies urinaires supérieures ; enfin on n'oubliera pas de noter l'état général du malade.

Quant au diagnostic de l'étranglement vésical, nous avons vu plus haut de combien de difficultés il était entouré et combien ses symptômes étaient semblables à ceux de l'étranglement intestinal. Bien souvent l'intervention seule nous renseignera à ce sujet.

*Pronostic.* — Les auteurs s'accordent à reconnaître que le pronostic de la cystocèle est bénin en lui-même ; mais outre que cette affection occasionne une infirmité pénible pour le malade, elle n'a aucune tendance à la guérison et s'accroît de plus en plus, contractant avec les tissus des adhérences qui amènent rapidement son irréductibilité.

Le pronostic, de plus, peut devenir grave par suite de l'apparition des diverses complications citées plus haut et c'est là surtout le point sombre de la cystocèle. Quant aux plaies de la vessie, nous verrons, en nous occupant des suites opératoires, qu'elles n'ont de gravité que lorsque les urines sont préalablement altérées.

## CHAPITRE VI

### *Traitement.*

Avant d'indiquer les différents modes de traitement, employés et préconisés tour à tour par les auteurs, il est nécessaire d'étudier les conditions qui autorisent ou exigent chez un malade, la cure radicale de sa cystocèle, et celles qui, au contraire, empêchent toute intervention ; de rechercher en un mot les indications opératoires.

*a*) *Indications opératoires.* — Elles seront tirées tout d'abord de l'âge du sujet. On devra s'abstenir, sauf en cas de nécessité absolue, de pratiquer des opérations sur des malades d'un âge avancé. Outre le choc opératoire qui est souvent mal supporté, on connaît l'influence fâcheuse du décubitus horizontal prolongé sur la production de la congestion pulmonaire, de la pneumonie hypostatique des vieillards et sur l'apparition d'eschares au sacrum.

On devra examiner avec soin l'état de l'organisme. L'éthylisme, les affections cardiaques avancées, seront de sérieuses contre-indications.

Quant aux lésions vésicales, elles n'interdisent pas d'une façon générale l'intervention. Evidemment, si l'on constate des lésions rénales profondes, si le malade présente des

symptômes de pyélo-néphrite il est certain qu'on ne doit pas opérer. Mais si l'on a affaire à des prostatiques, à des individus dont l'état des voies urinaires est devenu précaire par suite de la présence d'une cystocèle, l'intervention est alors légitime et amènera souvent une large amélioration. Néanmoins chez les vieux prostatiques, dont les lésions sont bien antérieures à la cystocèle et chez qui les troubles urinaires sont très marqués et peuvent faire craindre une septicémie opératoire, il sera préférable de s'abstenir.

Les indications tirées de l'état local sont fort importantes. Si la hernie est peu volumineuse, dépourvue d'adhérences, facilement réductible, on pourra se contenter d'un traitement palliatif. Mais dès qu'elle commence à gêner le malade, à lui occasionner de la douleur, à devenir irréductible, il faut proposer l'intervention et, autant que possible, avant que la hernie devenue trop volumineuse et trop adhérente ne rende l'opération trop difficile. C'est du moins l'avis de Thiriar, Bourbon, Monod, Imbert. Monod l'a formulé en ces termes. « Toute hernie douloureuse, irréductible, incoercible, où le diagnostic est douteux, devra être opérée le plus tôt possible. » Delagenière accentue encore : « Toute hernie qui n'est pas indolore et qui n'est pas maintenue facilement par un bandage doit-être opérée sans retard. » Ces considérations s'appliquent aussi bien aux entéro-cystocèles et aux cas ou la cystocèle a été prise pour une hernie intestinale.

En cas d'étranglement, l'intervention immédiate est la règle. Si on a des raisons pour penser que la vessie est seule en cause, Imbert conseille d'attendre, vu le peu de gravité du pronostic, afin de placer la vessie dans de meilleures conditions opératoires ; mais nous avons vu qu'il n'est pas toujours facile de savoir si l'étranglement siège au niveau de la vessie on de l'intestin.

Lorsqu'on a constaté la présence de calculs, la conduite idéale paraît être l'opération en deux temps (Imbert) : Réduction sanglante de la vessie, et quelques jours après lithotritie.

Ces conditions posées, il nous reste maintenant à décrire les divers procédés opératoires, après avoir dit quelques mots du traitement palliatif.

*B. Traitement palliatif.* Ce traitement qui consiste à soutenir la hernie, et surtout à empêcher son développement, au moyen d'appareils orthopédiques, est rejeté par la plupart des auteurs. En effet, le port du bandage devient rapidement douloureux, et la hernie est contenue très difficilement. Cependant il sera nécessaire de l'employer, au début, lorsque la cystocèle est très peu volumineuse et réductible et lorsque le malade refuse une opération précoce ; il rendra des services également lorsque l'intervention sera impossible par suite d'état général grave ou d'âge trop avancé. On a employé divers appareils (bandages à pelote concave, suspensoir avec ceinture à pelote plate) ; ce qu'il faut, en somme, c'est un appareil non douloureux et capable de soutenir convenablement la cystocèle.

*C. Traitement chirurgical.* Si le diagnostic de cystocèle a été porté avant l'opération et si, d'autre part, les urines sont purulentes ou ammoniacales, il est nécessaire de faire subir à la vessie un traitement préopératoire, consistant en lavages antiseptiques au nitrate d'argent au millième (Guyon) ou à l'acide borique (40/1000). On se mettra ainsi à l'abri des complications septiques.

Ces précautions prises, on pourra songer au traitement chirurgical et employer une des nombreuses méthodes décrites par les auteurs. Nous allons les analyser succintement.

Considérons tout d'abord les cas où le diagnostic de cystocèle a été porté soit avant l'intervention, soit au cours de l'intervention avant l'ouverture de la vessie.

Pour Monod et Delagenière, les conditions à remplir sont les suivantes : 1° remédier à l'état de distension de la vessie ; 2° supprimer le lipome prévésical afin d'éviter la récidive de la cystocèle ; 3° fermer le péritoine et fermer l'anneau. Partant de ce principe qu'il faut supprimer la dilatation de la vessie, ces deux auteurs pratiquent d'une façon systématique l'incision d'une portion plus ou moins considérable de la paroi vésicale. Voici leur procédé : après incision des couches superficielles, ils conseillent de débrider au besoin l'anneau pour constater la communication de la vessie avec le divercule hernié, d'inciser le lipome prévésical, de l'extirper en décortiquant la vessie, d'ouvrir alors celle-ci et, avec des ciseaux, de pratiquer au fur et à mesure, en appliquant peu à peu des pinces sur les parois vésicales, l'excision d'une portion plus ou moins étendue de l'organe hernié. Ils ne pratiquent l'excision totale que lorsque le canal de communication entre la vessie et la cystocèle est obstrué. Ils font ensuite la suture de la vessie et de l'anneau.

Rabineau est partisan du même procédé, mais pour lui l'excision totale du diverticule hernié est nécessaire. Au lieu d'exciser lentement et par «petits coups» la paroi vésicale selon le procédé de Monod, il conseille d'appliquer une pince à la base du diverticule et de réséquer ce dernier d'un seul coup de ciseaux.

Guelliot (1889) a décrit un procédé absolument analogue, différant seulement par le mode d'application des sutures.

Cette résection systématique de la vessie n'est pas admise par tous les auteurs. Berger, Piquet, Bourbon, Hedrich, Demoulin, Imbert, donnent la préférence a des procédés éclectiques. Ils sont d'avis que, si les parois vésicales ont

conservé leur épaisseur, se séparent facilement du sac herniaire, sont saines en un mot, on doit réduire la vessie sans résection préalable. Si, par contre, le diverticule présente une zône de sphacèle au niveau du pédicule, si les parois vésicales sont amincies à un degré extrême, très friables, si la cystocèle est très adhérente ou absolument irréductible (Hedrich), on pourra recourir alors à une résection plus ou moins considérable selon l'étendue des lésions. On devra agir de même, lorsqu'après une séparation laborieuse du sac ou du lipome prévésical d'avec les parois de la vessie, celles-ci sont dilacérées ou contuses. Nous pensons que cette façon d'agir est excellente et qu'il y a intérêt, toutes les fois qu'il est possible de le faire, à réduire la vessie intacte dans l'abdomen, ne serait-ce que pour mettre le malade à l'abri des accidents consécutifs à l'ouverture de la vessie, accidents bénins la plupart du temps (fistules urinaires) mais toujours gênants.

Nous n'avons examiné, dans cette étude sommaire, que le traitement de la cystocèle en elle-même. Il est bien évident que, lorsque le chirurgien rencontrera en même temps qu'une hernie de la vessie une hernie intestinale, il devra s'occuper d'abord de la cure radicale de l'entérocèle avant de traiter la cystocèle.

Les considérations qui précèdent concernent les cas où le diagnostic de cystocèle a été porté avant que la vessie ait été ouverte. Lorsque celle-ci est reconnue seulement après son incision, les mêmes principes éclectiques doivent être appliqués. Si la paroi vésicale est malade, on pratiquera l'excision des parties atteintes et on suturera. Si elle est saine, on se contentera après avivement d'appliquer des sutures. Ici, les discussions recommencent entre auteurs au sujet du mode de suture à employer : Hédrich, Lejars, Monod, Imbert, conseillent la suture sur trois plans :

muqueux, musculeux, celluleux. Avec Thiriar et Guelliot, nous pensons que la suture extra-muqueuse sur deux plans : musculaire, celluleux, met plus sûrement à l'abri des fistules, car la muqueuse adossée laisse moins facilement filtrer l'urine que les points de suture à la soie. Nous l'avons vu employer avec succès par l'un de nos maîtres et dans l'exemple de Gibson si une fistule s'est établie, elle a du moins été temporaire.

## OBSERVATION I (Inédite).

Due á l'obligeance du Dr Lartail, chirurgien des hôpitaux de Marseille

H. R..., âgé de 28 ans, plongeur, entre à la Conception, salle Saint-Eugène, n° 11, le 18 septembre 1897, pour une hernie de la région inguinale droite.

Sa hernie, nous dit-il, date d'une dizaine d'années. Elle s'est développée peu à peu, envahissant la région scrotale, occasionnant de la gêne et des douleurs parfois assez vives. Le port d'un bandage est devenu impossible et le malade réclame une intervention radicale. Rien à signaler dans les antécédents.

A l'examen, on trouve au niveau de la région inguinale droite, une tumeur du volume d'un œuf de poule, difficilement et incomplètement réductible, mate à la percussion. Pas de troubles intestinaux et vésicaux.

Le diagnostic porté est celui d'épiplocèle adhérente.

Opération sous chloroforme, le 21 septembre, avec toutes les précautions antiseptiques d'usage.

Après incision de la peau et du tissu cellulaire, on tombe sur une masse graisseuse adhérente à un sac charnu et épais. On ouvre au bistouri une paroi de 6 millimètres environ

d'épaisseur pour arriver dans une cavité d'où s'échappent quelques gouttes de liquide citrin.

Le doigt introduit dans la plaie, passe entre les piliers de l'orifice inguinal et pénètre dans la cavité abdominale, sans rencontrer d'anses intestinales. De plus, la cavité ainsi ouverte semble se diriger derrière les pubis. Un doute survient. Serait-on dans la vessie ? Une sonde, introduite dans l'urèthre, lève tous les doutes ; le bec du cathéter vient buter contre le doigt introduit par la plaie abdominale ; la vessie a été ouverte.

Immédiatement, on sépare par la dissection au bistouri la portion vésicale herniée du plan celluleux qui la recouvre et lui adhère intimement. Les bords mâchés et contus de l'incision vésicale, longue de trois centimètres, sont réséqués. On adosse les deux lèvres de la muqueuse et on applique une suture sur deux plans. Le premier plan réunit la tunique musculeuse sans toucher à la muqueuse et le second, plus superficiel, intéresse le tissu celluleux.

On réduit dans l'abdomen la portion herniée et l'on fait la suture des piliers à la soie forte.

Un drain est placé dans la plaie, contre l'épine du pubis, afin d'assurer l'évacuation facile de l'urine dans le cas où l'un des points lâcherait.

Suture de la peau au crin de Florence.

Une sonde en gomme est placée à demeure dans la vessie.

Les suites opératoires ont été excellentes. Apyrexie complète. Pas d'hématurie. Emission des urines facile et non douloureuse.

Trois jours après l'opération, on enlève le drain laissé dans la plaie abdominale et le malade est débarrassé de sa sonde à demeure. On pratique encore pendant deux jours le cathétérisme toutes les six heures.

La réunion se fait comme pour une cure radicale ordinaire

et les fils superficiels sont enlevés huit jours après l'intervention. La réunion est complète, la miction normale, pas de fistule urinaire. Le malade sort guéri le 5 octobre.

Ce malade a été revu dix mois après sa sortie de l'hôpital. La cure radicale s'était maintenue complète et le malade n'a jamais ressenti aucun trouble vésical.

## OBSERVATION II.

(Gibson. — In Medical Record. — Mars 1897).

Homme de 50 ans, opéré pour une cure radicale de hernie (Hernie inguinale droite ancienne). Le sac était enterré dans une masse de graisse très abondante. Il fut nécessaire de couper à travers ce lipocèle avec beaucoup de précautions pour pouvoir arriver jusque sur le sac. Celui-ci fut libéré de toutes ses adhérences, jusqu'à ce que le collet fut bien dégagé. On posa une ligature, on réséqua et le pédicule fut rentré dans l'abdomen.

Il restait à réséquer la masse de graisse, déjà mentionnée, qui avait été séparée du sac et qu'il me fallait enlever avant de faire la suture de l'anneau. Après examen soigneux, elle fut liée et réséquée.

En examinant la surface coupée, on vit un tout petit fragment de muqueuse. J'enlevais aussitôt la ligature et je m'aperçus que cette graisse contenait un diverticule de la vessie en doigt de gant que j'avais en partie réséqué.

L'ouverture de la vessie admettait un doigt. La portion herniée était entièrement extra-péritonéale. L'ouverture fut fermée par une double rangée de sutures à la soie ne comprenant pas la muqueuse, et la vessie remise dans sa position normale, protégée par un paquet de gaze. La

blessure herniaire fut pansée. On ne mit pas de sonde à demeure.

Tout d'abord la vessie resta close. Mais après plusieurs jours une petite fistule se forma; elle fut d'ailleurs de courte durée. Le malade n'a pas été revu depuis sa sortie de l'hôpital.

Nous devons mentionner maintenant un procédé opératoire, employé par Sebileau, et décrit par Piquet dans sa thèse. Il consiste, après ouverture de la vessie, à accoler cette dernière à la paroi abdominale, tout comme dans la taille sus-pubienne. Piquet préconise ce moyen surtout dans les cas où la vessie se trouve profondément altérée ; il ajoute aussi que, grâce aux adhérences contractées par cet organe avec la paroi, la récidive de la cystocèle est plus facilement évitée. Nous avons vu ce procédé employé chez un des malades que nous avons observés. Il nous a paru inférieur au précédent et nous pensons qu'il doit être réservé pour les cas de lésions urinaires intenses et pour les vastes pertes de substance de la vessie.

### OBSERVATION III (inédite)

(Clinique de Monsieur le Professeur Villeneuve)

Homme de 45 ans, employé, entré le 5 décembre 1895, à l'Hôtel-Dieu, salle Moulaud, lit nº 15, porteur d'une hernie inguinale droite de moyen volume, réductible, mais douloureuse, pour laquelle il réclame la cure radicale.

Opération le 15 décembre, en présence des docteurs Charrier, de Taste et Giorgi, chirurgiens de l'armée.

Incision de la peau au niveau de la région inguino-scro-

tale, suivie d'une réduction partielle de la hernie. Après quelques recherches, on arrive sur ce qu'on croit être le sac. Tissu muqueux très peu abondant. On pratique l'incision du sac, qui donne issue à une petite quantité de liquide citrin. L'aspect particulier et l'épaisseur des parois attirent l'attention. On pense tout d'abord à l'ouverture du gros intestin, mais le doigt, introduit dans la plaie, pénètre dans une cavité qui se dirige derrière les pubis. Une sonde introduite dans l'urèthre nous montre que c'est la vessie elle-même qui a été incisée.

Une sonde de Malecot est placée dans la vessie par la plaie, qui est suturée à la paroi comme dans la taille sus-pubienne. Pansement antiseptique renouvelé deux fois par jour.

Au cours de ces manœuvres, le péritoine tiraillé a été ouvert et aussitôt fermé par un surjet à la soie.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes. Au bout de quelques jours on enlève la sonde de malecot et on place un cathéter à demeure par l'urèthre. Mais le malade ne peut supporter ce dernier.

Aussi, malgré les pansements et les cautérisations répétées, la fistule n'est pas encore fermée le 3 mars suivant.

A ce moment, l'urine cesse de couler par la plaie. On croit à la guérison définitive. Erreur, il s'était produit une infiltration d'urine, heureusement limitée, suivie d'abcès dans la région scrotale.

4 Mars 1896. Incision, raclage et drainage du foyer bursal. On pratique, en outre, une dissection minutieuse de l'ouverture et du trajet de la fistule, de façon à isoler l'ouverture de la vessie. On suture cette dernière sur deux plans : muqueux et musculo-cellulaire, réunis séparément par des points au catgut.

Opération longue et minutieuse.

Pendant les jours suivants, la fistule semble tarie et l'urine ne s'écoule plus. Mais, le 21 mars, on observe un léger suintement par la plaie inguinale. Cet écoulement est, heureusement, peu considérable et se tarit rapidement,

Le malade sort, complètement rétabli, en avril 1896.

La vessie, intacte ou suturée, une fois réduite dans l'abdomen, il reste à pratiquer la restauration de la paroi abdominale, au niveau du canal inguinal, de façon à supprimer le trajet herniaire. Pour cela on pourra employer, dans le cas de cystocèle de moyen volume, la suture à la soie des piliers de l'orifice externe, selon la méthode de Félizet; ce procédé excellent suffit la plupart du temps. Si la hernie, trop volumineuse, a amené une dilatation énorme de l'anneau et un effondrement complet du canal inguinal, on pourra essayer une reconstitution plus complète de la paroi, d'après le procédé de Bassini ou la méthode myoplastique de Schwartz, décrite dans la thèse de Privat. Cette méthode consiste à ouvrir la gaine du muscle grand droit de l'abdomen et à séparer un lambeau musculaire de cinq à six centimètres de longueur; à saisir ce lambeau avec une pince, à le renverser en dehors en l'engageant derrière le pilier interne et à doubler avec lui tout le trajet herniaire. Le lambeau étant fixé à la paroi postérieure en arrière, en dehors au petit oblique, en bas à l'arcade crurale, on referme la gaine du grand droit et on réunit au devant du muscle les deux piliers de l'anneau inguinal.

Si la vessie a été réduite après incision et suture, il est bon de ne suturer la paroi qu'incomplètement et d'introduire par la plaie un drain, placé derrière les pubis, de facon à assurer l'écoulement facile de l'urine, dans le cas où la réunion de la paroi vésicale serait incomplète. Nous indiquerons

tout à l'heure la nécessité de placer une sonde à demeure, pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Enfin lorsque la plaie vesicale a été méconnue, le chirurgien s'il s'aperçoit immédiatement de son erreur, pourra enlever quelques sutures, mettre un drain dans la plaie et une sonde à demeure dans la vessie. Mais si le diagnostic exact n'est reconnu que plusieurs jours après l'intervention grâce à l'hématurie et à la formation d'une fistule urinaire, le praticien se contentera d'attendre l'oblitération spontanée de cette dernière, l'aidant seulement par des pansements multiples et quelquefois par des cautérisations.

*Suites opératoires.*—La blessure de la vessie, au cours d'une cure radicale, est en général d'un pronostic bénin. Les quelques cas mortels, observés à la suite des interventions, sont presque tous dûs au choc opératoire déterminant des accidents divers, à la congestion pulmonaire, et on ne peut que rarement incriminer l'urémie, l'infiltration d'urine et l'infection urineuse. Il est cependant un accident mortel sur lequel nous devons insister. Dans les deux observations qui suivent, les malades, après l'opération, ont présenté des symptômes de péritonite septique, dûs incontestablement dans l'un des cas, et probablement aussi dans l'autre, à une blessure du péritoine, survenue au cours des manœuvres de dissection et de réduction, blessure qui avait passée inaperçue et qui avait permis le suintement de l'urine dans la grande cavité péritonéale.

## OBSERVATION IV

(Gibson, in Medical Record 1897

Cette observation m'a été communiquée par le docteur Bolton, de New-York.

Homme, âgé de 53 ans, porteur d'une double hernie inguinale.

Opération de la cure radicale en juillet 1896. Au côté gauche, la vessie repose immédiatement au-dessous des couches superficielles. Elle est prise pour le sac herniaire et ouverte. Elle est d'ailleurs reconnue aussitôt après l'incision et fermée avec des sutures au catgut. Comme on ne trouve pas de véritable sac herniaire, on pense à une hernie vésicale pure.

Le malade mourut trois jours après, et l'autopsie établit les faits suivants: A gauche, la plaie de la vessie avait laissé sourdre l'urine et, quoiqu'elle fut extra-péritonéale, l'urine avait pénétré dans la grande cavité séreuse en passant à travers un petit sac herniaire rudimentaire, situé tout contre la vessie, qu'on avait ouvert en même temps que cet organe et qui, n'ayant pas été reconnu, n'avait pu être suturé. La portion herniée de la vessie était d'épaissenr normale.

L'examen de la région inguinale droite, montra la présence d'un diverticule de la vessie en doigt de gant, d'épaisseur normale, accompagné d'un petit sac herniaire.

Cette observation est instructive à deux points de vue: tout d'abord elle nous montre l'existence de complications péritonéales redoutables ; et de plus, elle nous fait connaître un nouveau cas de cystocèle double à ajouter aux mêmes faits très rares mentionnés à l'étiologie.

La seconde observation, reconstituée longtemps après l'opération, ne nous permet pas des conclusions aussi précises, car l'autopsie ne nous renseigne pas sur la présence d'un sac péritonéal, incisé par mégarde, mais nous tenons néanmoins à la citer et à la rapprocher de la précédente.

## OBSERVATION V (inédite)

Femme de 50 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Bénet, salle Sainte-Catherine, lit n° 4, en juin 1895.

Cette femme, qui habite la banlieue de Marseille, s'est livrée toute sa vie aux travaux de la campagne. Dans ses antécédents : nombreuses grossesses. C'est à la suite de son dernier accouchement qu'elle a constaté l'apparition d'une hernie inguinale double, qui s'est développée lentement, amenant du côté droit de la gêne et des tiraillements dans le bas-ventre, sans douleurs bien vives.

Le port d'un bandage est douloureux et la malade, sur le conseil de son médecin, entre à l'hôpital pour subir la cure radicale.

A l'examen : région inguinale des deux côtés déformée par une tumeur, présentant le volume d'un œuf de poule, mate et incomplètement réductible à droite. Constipation opiniâtre. Pas de troubles vésicaux actuels ; mais, après sa dernière grossesse, elle avait présenté de la parésie du col vésical, d'ailleurs temporaire.

Opération trois jours après son entrée. Du côté gauche on trouve une entéro-épiplocèle vulgaire. Cure radicale, suture des piliers. A droite, après incision des couches superficielles on tombe sur un sac épaissi et déshabité. Son ouverture donne issue à quelques gouttes de liquide. On place une double ligature à la base, on résèque et le pédicule est réintégré dans l'abdomen. Suture des divers plans et pansement antiseptique.

L'anesthésie assez longtemps prolongée a déterminé des vomissements, qui persistent au réveil. La malade est assez abattue. Pas de douleurs abdominales.

La malade n'ayant pas uriné pendant la journée, on pratique le soir le cathétérisme qui ne ramène que quelques gouttes de sang.

Le lendemain, nouvelle tentative de cathétérisme ; l'hématurie continue. Les vomissements persistent et augmentent de fréquence. Le ventre est ballonné et douloureux, le pouls petit, le facies grippé. Vessie de glace sur l'abdomen, champagne glacé. Les symptômes de péritonite s'accentuent et la malade meurt le surlendemain au matin.

L'autopsie démontra que ce qu'on avait pris, à gauche, pour un sac épaissi, n'était autre chose que la vessie, qui avait été liée et réséquée ; mais la ligature insuffisante avait laissé sourdre l'urine qui s'était répandue dans la cavité péritonéale.

Ces complications redoutables sont heureusement l'exception. Il n'en est pas ainsi pour les fistules urinaires dont la production est presque la règle, à la suite de plaies de la vessie. Lejars, sur vingt observations, n'a noté que deux fois la réunion complète ; par contre, onze fois il s'est produit une fistule temporaire. Dans un cas seulement la fistule a persisté.

Les statistiques de Gibson sont moins pessimistes ; la fistule urinaire ne s'est formée que dans 30 p. 0/0 des cas. La fistule apparaît ordinairement sept ou huit jours après l'opération. Sa durée est variable, mais la plupart du temps elle n'excède pas trois mois. Quelquefois on croit à son oblitération spontanée et l'on constate au bout de quelque temps l'apparition d'un abcès urineux ou d'une infiltration d'urine plus étendue. Mais ces accidents sont exceptionnels et presque toujours la fistule finit par se tarir sans amener de complications.

Les auteurs ont expliqué la formation fréquente de ces

fistules urinaires après une suture de la vessie, par ce fait que la suture est généralement appliquée sur un tissu malade. On devra donc avoir soin, si la blessure de la vessie n'a pu être évitée, de réséquer toute la portion de paroi vésicale qui paraît atteinte. De plus, nous pensons avec Imbert, que l'emploi systématique de la sonde à demeure, pendant les jours qui suivent l'intervention, diminue singulièrement les chances de complications post-opératoires.

## CONCLUSIONS

1° La cystocèle inguinale est moins rare que ne le pensent les auteurs ; on l'observe en moyenne une fois sur 80 cures radicales.

2° La cystocèle, exceptionnelle chez l'enfant et l'adulte, est surtout une affection de l'âge avancé.

3° La cystocèle est douze fois plus fréquente dans le sexe masculin.

4° Au point de vue anatomique et pathogénique, la cystocèle inguinale présente trois variétés qui sont, par ordre de fréquence :

*a)* La variété para-péritonéale, tantôt primitive, le plus souvent secondaire à une hernie intestinale.

*b)* La variété extra-péritonéale, ordinairement primitive.

*c)* La variété intra-péritonéale, qui est exceptionnelle.

5° Le diagnostic pré-opératoire est parfois facile (miction en deux temps, changements de volume de la tumeur en rapport avec les mictions et les différentes positions du malade).

Souvent possible (irréductibilité ou réductibilité partielle avec persistance de tumeur pâteuse et molle à la partie interne de l'anneau, existence de troubles urinaires, hypertrophie et déviation de la prostate).

Quelquefois impossible.

6° Le diagnostic au moment de l'intervention, se fera :

*a)* Si la vessie est intacte — par l'existence du lipome prévésical ; l'aspect des fibres musculaires réticulées ; la possibilité, une fois l'anneau débridé, de suivre le pédicule jusque dans la paroi abdominale ; la situation de la vessie en dehors de la gaine fibreuse du cordon ; la sensation d'un cathéter à travers la paroi vésicale ; la distension de la tumeur à la suite d'une injection vésicale.

*b)* Si la vessie est ouverte — par l'écoulement de quelques gouttes d'urine, par la possibilité de constater avec le doigt introduit dans la plaie vésicale la communication de la cystocèle avec une cavité intra-abdominale se dirigeant derrière les pubis, — enfin, et surtout par la sensation directe d'une sonde introduite par l'urèthre.

7° Quant au diagnostic post-opératoire il se basera : sur l'apparition de douleurs abdominales vives accompagnées d'hématurie et sur la production d'une fistule urinaire quelques jours après l'intervention.

8° Le pronostic de la cystocèle est ordinairement peu grave, même à la suite de plaies vésicales et d'étranglement. Il peut être assombri cependant par l'apparition de complications urinaires graves.

9° On devra opérer, sauf dans le cas de contre-indications absolues (éthylisme, lésions rénales, âge avancé), « toute hernie douloureuse, irréductible, incoercible, dont le diagnostic est douteux ».

10° Le traitement de la cystocèle comprend trois grandes indications :

*a)* Si la vessie est intacte et si ses parois sont saines, réduction simple de la partie herniée, suture des piliers de l'orifice externe ;

*b)* Si les parois vésicales sont malades, excision de toutes les parties suspectes, puis réduction après suture de la plaie vésicale ;

*c)* Si la vessie a été ouverte, accidentellement ou par nécessité opératoire, on la fermera aussitôt par un double plan de sutures, en respectant la muqueuse.

11° Les complications opératoires seront plus facilement évitées par l'emploi systématique de la sonde à demeure pendant les jours qui suivent l'opération.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Aue. — Centrabl. für. Chir. 1891, p. 248.

Berger. — « Traité de chirurgie ». Duplay et Reclus, T. VI.

Bourbon. — Thèse Paris, 1892.

de Bovis. — « Gazette des Hôpitaux, 1897, N° 116 ».

Brunner. — Deutsche Zeitschrift für chirurgie, 1898.

Curtis. — Ann. of Surgery, juin 1895.

Dechambre. (dictionnaire). — Art. Vessie (Hache).

de la Barrière. — Thèse Paris, 1881.

Delagenière. — Soc. anatomique, 1889.

— — Arch. provinc. Chirurgie, 1894.

de Larabrie. — Soc. anat., 1881.

Delorme. — Soc. de chirurgie, 1894

Demoulin. — « Union médicale, 1895 ».

Duchaussoy. — Soc. anat., 1883.

Duret. — Thèse d'agrégation, 1883.

Jaccoud (dictionnaire). — Art. Cystocèle (Valette).

Duplay. — « Union médicale, 1895 ».

Fenger. — Trans. Amer. Surg. Assoc., 1895.

Fleizet. — Hernies inguinales de l'enfance.

Frælich. — « Revue médicale de l'Est, 1896.

Gibson. — Médical Record, 20 mars 1897.

Guelliot. — Congrès français de chirurgie, 1889.

Guinard — Arch. génér. de médecine, janvier 1896.

Gutterbrock. — Deutsche Zeitsch. für chir., 1892.

Hedrich — « Gazette médicale de Strasbourg, 1890.
Israel. — Feichenfeld in Berlin. Klin. Woch., 1882.
Imbert. — « Annales des maladies des organes génitaux-urinaires, mai et juin 1896.
Jaboulay et Villard. — « Lyon médical, 1895, N° 9 ».
Jaboulay. — Art. cystocèle, in traité chirurgie clinique de Le Dentu et Delbet, T. VII.
Justo. — Centrabl. f chir., 1892, p. 798.
Kablukow — Centrabl. f. chir , 1895, p. 1063.
Kummer. — Rev. médic. de la Suisse Normande, 1892, p. 235.
Kronlein. — Arch. f. Klin. Chir., 1876, p. 240
Landouzy. — Soc. anat., 1876, p. 618.
Lane. — « In revue Hayem, XLV, p. 244. »
Lardy. — « Revue de chirurgie, 1896 ».
Lejars. — « Revue de chirurgie, 1893 ».
Leroux. — « Revue mensuelle, 1880 ».
Leroy-d'Etiolles. — Soc. chirurgie, 1864, p. 262.
Lucas-Championnière. — Cure radicale des hernies, 1892.
Mac-Gowan. — Southern. Cal. Frac., 1894-95.
Mac-Ready. — The Lancet, 1894.
Marchant. — Soc. anat., 1875.
Maunz. — Münch Méd. Woch, 1885, p. 748.
Mery. — Acad. des sciences, 1713.
Michels et Parker. — « In revue Hayem, XLV, p. 243 ».
Monod et Delagenière. — « Revue de chirurgie, 1889 ».
Montegnacco. — Actes de l'Assoc. médicale Lombarde, 1896, p. 90.
Nélaton. — Eléments de pathologie chirurgicale.
Ostermayer. — « Semaine médicale, 1894, p. 36 ».
Petit. — Académie des sciences, 1717.
Piedvache. — Soc. anat., 1861.
Piquet. — Thèse Paris, 1893.
Pilz. — Wiener Klin. Woch, 1891, N° 19.

Poirier. — «Traité d'anatomie».
Postempski. — Riforma Medica di Roma, 4 juin 1881.
Pranischnikow. — Centrabl. für chir., 1895.
Purcell. — « In revue Hayem, XLV, p. 241.
Rabineau. — Thèse Paris, 1896.
Raymond. — Soc. anat., 1894.
Reverdin. — Rev. médic. Suisse Normande, 1890, p. 698.
Siegel. — Zur Casuistick der Blasenhernien. Inaugur. Dissert. Wurzbourg, 1892.
Salitcheff. — Analyse in presse médicale, 12 février 1896.
Thiriar. — « Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1890.
— — Entretiens chirurgicaux de l'hôpital St-Jean, 1891.
Thompson. — Maladies des voies urinaires, 1881.
Trèves. — The Lancet, 1895.
Verdier. — Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, 1753, T. IV.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 6 décembre 1898.

*Le Recteur,*
A. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 6 décembre 1898.

*Le Doyen,*
L. VIALLETON.